

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña. _____, mayor de edad
con domicilio en: _____
y, provisto del D.N.I. Nº: _____, libremente manifiesta:

D/Dña. _____, mayor de edad
con domicilio en: _____
y, provisto del D.N.I. Nº: _____, libremente manifiesta:

1. Que ha acudido al despacho del psicólogo/a D./ Dña. _____, colegiado número P-_____
a fin de encargarle una intervención para su hijo/a o persona
incapacitada de nombre : _____

2. Que tiene conocimiento del artículo 25 del Código Deontológico del
Ilustre Colegio de Psicólogos que textualmente indica:

“Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la psicólogo/a ofrecerá información adecuada sobre las características de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En el caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores”

Manifiesto haber leído y entendido el presente formulario y estar de acuerdo:

Fecha: _____

Firma:

Firma: